VERLINGUE
COURTIER EN ASSURANCES

Vos garanties
Frais de santé

Groupe LISI

Ensemble du personnel

Dispositions en vigueur au 01/01/2013

Ce document vous est fourni à titre indicatif.
Il est destiné à vous informer des principales dispositions pratiques de votre couverture d'assurance et ne saurait se substituer à la notice légale d'information de l'assureur ni au contenu du contrat d'assurances collectives.

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

Votre régime Frais de santé a pour objet de couvrir le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux engagés pour vous-même ou vos bénéficiaires.

Qui sont les acteurs de votre couverture Frais de santé?

- Votre couverture Frais de santé est mise en place et suivie par Verlingue.
  Sa mission est de vous faire bénéficier du meilleur rapport garanties / cotisations / services, de veiller activement à vos attentes, et de vous conseiller dans l'évolution de votre régime en fonction de l'environnement social et réglementaire.
- Le paiement de vos prestations est confié à Génération.
  Sa mission est de vous faire bénéficier des meilleurs services pour le remboursement de vos Frais de santé (excellents délais de remboursement, information, tiers-payant, services en ligne).
- Votre régime bénéficie du service Santéclair sur les postes Optique, Dentaire et Honoraires chirurgicaux
- Le contrat d'assurances collectives garantissant votre couverture est souscrit auprès de Groupe HUMANIS.

A quel moment votre couverture prend-elle effet?

Vos garanties entrent en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurances collectives ou à la date d'embauche sans franchise ni délai d'attente.

Quelle est la durée de l'adhésion?

Vos garanties cessent à la rupture du contrat de travail, pendant la période de suspension du contrat de travail ou à la date de résiliation du contrat d'assurances collectives.

Cependant, la couverture frais de santé peut être maintenue après rupture ou suspension du contrat de travail dans les conditions prévues par l'assureur et/ou la réglementation.

Qui bénéficie de votre régime?

En tant que salarié de , vous bénéficiez de ce régime à titre obligatoire.

Peuvent également bénéficier du régime :

- votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS à charge ou non au sens de la Sécurité sociale,
- vos enfants âgés de moins de 20 ans, immatriculés à la Sécurité sociale sur votre carte vitale ou sur celle de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ayant leur propre immatriculation à la Sécurité sociale,
  - jusqu'à leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité,
  - jusqu'à leur 28ème anniversaire s'ils se trouvent sous contrat d'apprentissage (ou assimilé), et perçoivent une rémunération inférieure à 70% du SMIC mensuel et peuvent en justifier par une copie de leur contrat et leurs bulletins de salaire,
  - jusqu'à leur 28ème anniversaire s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits au pôle emploi,
  - sans limite d'âge s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité et perçoivent l'allocation pour adultes handicapés.

Quelles sont les modalités en cas de choix d'option?

Les salariés qui souhaitent bénéficier d'un niveau de garanties plus élevé ont la possibilité d'adhérer au régime Confort.
Il s'agit d'une adhésion facultative qui vaut pour l'assuré et l'ensemble de ses bénéficiaires, et dont la cotisation, entièrement à la charge du salarié, est retenue sur son salaire.

Le choix du régime (Base ou Confort) est effectué :
- au 1er janvier 2013
- ou à la date d'embauche

Ce choix sera définitif jusqu'au 31 décembre 2016, sauf :
- changement de situation familiale (mariage, divorce, naissance, décès, ...)
- modification des taux de cotisation

Les garanties sont acquises sans délai d'attente et cessent en cas de rupture ou de suspension du contrat de travail, en cas de non paiement des cotisations ou en cas de résiliation du contrat d'assurances collectives.

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

Quelles sont vos garanties Frais de santé?

Les prestations garanties par votre couverture Frais de santé interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels. Les prestations du régime Confort incluent celles du régime de base.

	Régime de base	Régime Confort
Hospitalisation Médicale ou Chirurgicale (Y compris Assurance Maternité)		
Honoraires et Frais de séjour		
En secteur conventionné	300 % de la base de remboursement	100 % des frais réels - remboursement SS
En secteur non conventionné	300 % de la base de remboursement	90 % des frais réels - remboursement SS
Forfait Journalier	Pris en charge	Pris en charge
Franchise sur actes techniques	Pris en charge	Pris en charge
Chambre Particulière	60 € par jour	80 € par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	30 € par jour	2.5 % du PMSS par jour (soit 77,15€ en 2013)
Frais Médicaux Courants (Y compris Assurance Maternité)		
Consultations et Visites de Généralistes	80 % de la base de remboursement	200 % de la base de remboursement
Consultations et Visites de Spécialistes	80 % de la base de remboursement	230 % de la base de remboursement
Actes de Spécialité	140 % de la base de remboursement	230 % de la base de remboursement
Actes de Radiologie	100 % de la base de remboursement	200 % de la base de remboursement
Auxiliaires Médicaux (infirmiers, kiné, ...)	100 % de la base de remboursement	200 % de la base de remboursement
Analyses Médicales acceptées	100 % de la base de remboursement	200 % de la base de remboursement
Analyses Médicales refusées	Néant	150 € par an et par bénéficiaire
Transport des Malades	140 % de la base de remboursement	400 % de la base de remboursement
Ostéopathie	Néant	30 € par séance
Pharmacie		
Pharmacie	100 % du ticket modérateur	100 % du ticket modérateur
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale	100 % de la base de remboursement reconstituée	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire (soit 185,16€ en 2013)
Actes de Prévention		
L'ensemble des actes de prévention prévu à l'article « R 871-2 du code de la Sécurité sociale » est pris en charge au titre du contrat, dans les limites des garanties concernées avec au minimum le ticket modérateur.		
Frais Dentaires		
Prestations Remboursées par la Sécurité sociale *(cotées selon la nomenclature)*		
Soins Dentaires	80 % de la base de remboursement	300 % de la base de remboursement
Inlays / Onlays	140 % de la base de remboursement	400 % de la base de remboursement
Prothèses Dentaires prises en charge	300 % de la base de remboursement	400 % de la base de remboursement
Couronne sur implant	250 € par dent (maxi 2 / an / bénéficiaire)	350 € par dent (maxi 2 / an / bénéficiaire)
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	250 % de la base de remboursement	300 % de la base de remboursement
Prestations Non Remboursées par la Sécurité sociale *(hors nomenclature)*		
Prothèses Dentaires non remboursées		
. Pilier de bridge sur dent saine	300 % de la base de remboursement reconstituée SPR 50	400 % de la base de remboursement reconstituée SPR 50
Implantologie		
. Pose de l'implant racine + phase préparatoire	280 € par dent (maxi 2 / an / bénéficiaire)	300 € par dent (maxi 2 / an / bénéficiaire)
. Faux moignon (pilier) implantaire	100 € par dent (maxi 2 / an / bénéficiaire)	150 € par dent (maxi 2 / an / bénéficiaire)
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	70 % de la BR reconstituée TO 90	70 % de la BR reconstituée TO 90
Autres Prothèses		
Orthopédie - Petit et Gros appareillage	100 % du ticket modérateur + forfait de 260€ par an et par bénéficiaire	200 % de la base de remboursement
Prothèses Auditives		10 % du PMSS (soit 308,6€ en 2013)
Pile d'appareil acoustique remboursée par la Sécurité sociale	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
Frais d'Optique (limitation à 1 paire de lunette par an et par bénéficiaire)		
Verres	Voir grille optique Santéclair	
Monture Adulte	150 €	180 €
Monture Enfant	90 €	150 €
Lentilles remboursées ou non y compris jetables	180 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	450 € par œil	450 € par œil
Autres Dépenses		
Maternité		
Allocation de naissance	160 €, dans la limite des frais réels restant à charge	160 €, dans la limite des frais réels restant à charge
Cures Thermales acceptées par la Sécurité sociale		
. Honoraires	100 % de la base de remboursement	100 % de la base de remboursement
. Forfait	150 € par cure	25 % du PMSS (soit 771,5€ en 2013)
Allocation Obsèques (Conjoint, enfant à charge)	1000 €	1000 €
Assistance	OUI N° d'appel : 01.47.11.24.26 - Code d'accès : F860IS	OUI N° d'appel : 01.47.11.24.26 - Code d'accès : F860IS

Frais d'optique : garanties et services innovants

LES « PLUS » DE LA GARANTIE :

- ✓ Une garantie « verres » qui vous rembourse en fonction de votre défaut de vision
- ✓ Une garantie « lentilles » qui vous rembourse que les lentilles soient prises ou non en charge par la Sécurité sociale

LES « PLUS » SERVICES :

- ✓ Le réseau des opticiens partenaires de **Santéclair** qui proposent des prix négociés et du tiers payant, ce qui vous évite de faire l'avance des frais
- ✓ L'analyse des devis et des conseils adaptés si vous vous rendez chez un opticien non partenaire

VOUS AVEZ DES LUNETTES À ACHETER ?

2 choix s'offrent à vous :

- **Vous souhaitez vous rendre chez un opticien partenaire, bénéficier des tarifs négociés et du tiers payant :**

Vous appelez Santéclair au n° Azur ☎ **0 810 000 047** (Prix Appel Local), un conseiller vous fournira les coordonnées des opticiens les plus proches de chez vous.
Vous vous rendez chez l'opticien partenaire de votre choix avec votre attestation tiers payant santé GENERATION et votre « Guide Pratique » en spécifiant que vous venez de la part de Santéclair.
Vous n'avez rien à payer sinon la part Sécurité Sociale et le dépassement éventuel par rapport à votre garantie.

- **Vous avez décidé d'acheter votre équipement chez un opticien non partenaire et vous avez fait l'avance des frais :**

Vous devez adresser à Génération (29080 QUIMPER CEDEX 9) :
- Les originaux des décomptes de la Sécurité sociale, seulement si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes de la Sécurité sociale vers Génération
- La copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste
- La facture détaillée de l'opticien précisant le prix des verres et de la monture ou des lentilles.

N'oubliez pas que dans ce cas aussi, vous pouvez faire appel aux services de Santéclair : avant d'acheter votre équipement, faites remplir par votre opticien un devis. Analyse de prix et conseils adaptés vous permettront de profiter au mieux de votre garantie.

Grille optique

Classes de défauts visuels pour les verres unifocaux et multifocaux

CLASSES UNIFOCALES		Correction visuelle	Défaut visuel	CLASSES MULTIFOCALES	
Adultes	Enfants			Adultes	Enfants
Classe 1	Classe 1	Sphère de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	Petite myopie ou petite hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	Classe 1	Classe 4
Classe 2	Classe 2	Sphère de 0 à 4 et cylindre > 2 Sphère de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2	Petite myopie ou petite hypermétropie avec fort astigmatisme Moyenne myopie ou forte hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	Classe 2	
Classe 3	Classe 3	Sphère de 4,25 à 6 et cylindre > 2 Sphère de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2	Moyenne myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme Forte myopie ou forte hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	Classe 3	
Classe 4	Classe 4	Sphère de 6,25 à 8 et cylindre > 2 Sphère ≥ à 8,25 quel que soit le cylindre	Forte myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme Très forte myopie ou hypermétropie avec ou sans astigmatisme quel que soit son degré de gravité	Classe 4	

GARANTIES OPTIQUES EN VIGUEUR AU 1er JANVIER 2013

Prestations venant en complément de celles versées par la Sécurité sociale, et dans la limite des frais engagés.

			Prestations dans le réseau Santéclair	Prestations hors réseau Santéclair	
				Régime de base	Régime Confort
ADULTES	Verre unifocal	Classe 1	100% des Frais réels	50 €	70 €
		Classe 2	100% des Frais réels	60 €	80 €
		Classe 3	100% des Frais réels	80 €	100 €
		Classe 4	100% des Frais réels	100 €	160 €
	Verre multifocal	Classe 1	100% des Frais réels	100 €	160 €
		Classe 2	100% des Frais réels	120 €	180 €
		Classe 3	100% des Frais réels	140 €	200 €
		Classe 4	100% des Frais réels	160 €	220 €
ENFANTS (1)	Verre unifocal	Classe 1	100% des Frais réels	40 €	60 €
		Classe 2	100% des Frais réels	60 €	80 €
		Classe 3	100% des Frais réels	80 €	100 €
		Classe 4 *	100% des Frais réels	100 €	120 €

* la classe 4 enfant concerne également les verres multifocaux enfants

(1) : Enfant de moins de 18 ans

Ces garanties prévoient une limitation de la fréquence de remboursement d'équipement optique à :
- **1 équipement par an pour les adultes**
- **1 équipement par an pour les enfants**

Liste des partenaires Santéclair disponible, N° AZUR : 0810.000.047

Comment utiliser les services de Génération?

■ VOS REMBOURSEMENTS, MODE D'EMPLOI...

Cas général : **Votre bordereau de Sécurité sociale porte le message :** *"décompte transmis à votre organisme complémentaire"*	**Vous n'avez rien à faire !** Vous bénéficiez du service NOEMIE (télétransmission de vos décomptes Sécurité sociale vers Génération). Génération calcule vos remboursements au jour le jour et vous règle par virement bancaire au fur et à mesure.
Cas particuliers : Votre bordereau de Sécurité sociale ne comporte pas de message Dentaire et optique	**Pensez à adresser à Génération :** Le bordereau original de Sécurité sociale pour permettre le calcul de votre remboursement et son règlement par virement bancaire. La facture détaillée et acquittée de votre dentiste ou opticien.
Vos relevés de prestations	**Editez à tout moment les récapitulatifs des remboursements en vous inscrivant gratuitement aux services G+ de Génération.fr** Sinon, un récapitulatif est édité et adressé à votre domicile en fin de mois pour tout cumul de règlement supérieur à 31 euros.

■ N'AVANCEZ PAS D'ARGENT POUR VOS DEPENSES DE SANTE !

Prise en charge hospitalière	**Génération vous délivre un accord de prise en charge sous 24 heures via Génération.fr.** Vous pouvez également en faire la demande par fax ou par téléphone. En cas d'urgence, Génération adresse directement la prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.
Attestation de Tiers-Payant Santé	**Présentez votre attestation Santéclair et votre carte Vitale aux professionnels de santé partenaires :** Pharmacies, laboratoires d'analyses médicales, opticiens, radiologues, hôpitaux, centres de soins, audioprothésistes... et bien plus encore ! (voir ci-dessous)
Santéclair	**Bénéficiez du tiers-payant et des avantages** proposés par les partenaires de Santéclair en optique, dentaire, audioprothèse N° Santéclair : **0 810 000 047** *(prix d'un appel local)*

■ VOUS INFORMER...

Génération.fr *Vos codes d'accès figurent en haut à gauche de votre attestation de Tiers-Payant Santé*	**Accédez à tout moment à votre espace personnalisé et à de nombreux services en ligne :** - Simulez vos futurs remboursements, - Accédez au détail de vos remboursements, - Actualisez votre dossier personnel, - Localisez un professionnel de santé partenaire... **Les services G+** vous permettent d'accéder à des avantages exclusifs. N'hésitez pas à vous inscrire sur le site, c'est gratuit !
Génération.fr Mobile	**Retrouvez Génération sur iPhone et Smartphone** Pour connaître vos remboursements ou rechercher un professionnel de santé partenaire de Génération, téléchargez simplement cette application sur www.generation.fr.
Nous contacter	**Un justificatif, une demande à transmettre ?** - Par internet : www.generation.fr - Par courrier : Génération 29080 Quimper Cedex 9 - Par fax : 02 98 51 38 38 **Une question? Besoin d'un conseil ?** **Vous ne trouvez pas l'information sur Génération.fr ?** Les conseillers de Génération Accueil sont à votre écoute du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 sans interruption au **0 820 904 904** *(0,12€ TTC/min)* ou au **02 98 51 38 00** *(numéro spécial forfaits illimités)*.

Lexique

Les termes usuels de votre régime Frais de santé

- La **Base de Remboursement** (BR) est le tarif dont tient compte la Sécurité sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné. La BR n'est pas reconstituée si les frais sont engagés en secteur non conventionné.

- Le **Ticket Modérateur** (TM) est la différence entre la base de remboursement et le montant effectivement remboursé par la Sécurité sociale.

- Le **Plafond Mensuel de la Sécurité sociale** (PMSS) devrait valoir 3086€ en 2013. (Sous réserve de parution au journal officiel)

- L'**allocation maternité** est destinée à indemniser l'ensemble des frais relevant de l'assurance maternité.

- L'**allocation obsèques** est limitée aux frais réellement engagés pour les enfants de moins de 12 ans.

- Les **franchises médicales** constituent des sommes restant obligatoirement à charge des assurés sociaux dans la limite de 50€ par personne et par an.

  Ce dispositif est entré en vigueur à compter du 1er janvier 2008 et vise à financer le plan Alzheimer du gouvernement.
  Les franchises s'appliquent sur les boîtes de médicaments (0,50€ par boîte), les actes paramédicaux (0,50€ par acte le tout plafonné à 2€ par jour et par professionnel de santé) et les transports sanitaires (2€ par acte, le tout plafonné à 4€ par jour et par transporteur).

- Une **participation forfaitaire de 18€** à charge de l'assuré est prévue pour tous les actes techniques dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient réalisés à l'hôpital ou non.
  Cette participation n'est pas remboursée par la Sécurité sociale mais prise en charge au titre de votre contrat.
  A noter : Avant le 1er mars 2011, cette participation forfaitaire s'appliquait aux actes ayant un tarif supérieur ou égal à 91€ ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 50.

- Un **contrat responsable** est un contrat d'assurance frais de santé remplissant les critères suivants nécessaires pour bénéficier des exonérations sociales de cotisations :

  - le contrat ne doit pas prendre en charge la participation forfaitaire de 1€ acquittée par l'assuré *(en application de l'article l322-2-ii du code la Sécurité sociale et du décret 2004-1453 du 23 décembre 2004)*,

  - le contrat ne doit pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur à la charge des assurés et de leurs ayants droit en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,

  - le contrat ne doit pas prendre en charge les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins des secteurs 1 et 2 ainsi que sur les consultations de spécialistes, lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins (soit 13€ dans le cas général pour une consultation de spécialiste),

  - le contrat ne doit pas prendre en charge les franchises médicales.
    le contrat doit prévoir a minima la prise en charge du ticket modérateur pour au moins deux actes de prévention *(figurant à la liste prévue à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale)*.

Liste des prestations de prévention prises en charge

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

   - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010);
   - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015);
   - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011);
   - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012);
   - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

   - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges;
   - Coqueluche : avant 14 ans;
   - Hépatite B : avant 14 ans;
   - BCG : avant 6 ans;
   - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant;
   - Haemophilus influenzae B;
   - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Verlingue,
simplement

Courtier en assurances spécialisé dans la protection des entreprises, Verlingue apporte à ses clients des solutions simples et performantes pour protéger leurs activités (risques de l'entreprise) et leurs collaborateurs (protection sociale complémentaire).

Avec plusieurs centaines de collaborateurs implantés en régions et des partenaires dans plus de 60 pays (membre du réseau WBN), Verlingue conseille, négocie et gère les programmes d'assurances de plus de 1000 entreprises. Avec une ambition au service de ses clients : rendre simples leurs assurances.

www.verlingue.fr